УДК 618.2+618.315

Ж.С. БЕГНИЯЗОВА, Ж.Т. ГАЛИЕВА, А.О. МЕИРМАНОВА, Ш.М. САДУАКАСОВА, А.И. ЮЛДАШЕВА
Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

СОЧЕТАНИЕ МАТОЧНОЙ И ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (случай из практики)

Бегниязова Ж.С.

В последнее время, как в отечественных, так и зарубежных литературных данных, встречаются сообщения о наблюдениях редких форм внематочной беременности. Внедрение новых методов диагностики и лечения сочетается с ростом частоты внематочной беременности. В статье представлен клинический случай сочетания маточной и шеечной беременности. Больная Р., 38 лет, госпитализирована в экстренном порядке в отделение гинекологии с диагнозом: Беременность 9-10 недель. Двойня, шеечная имплантация одного из эмбрионов. Кровотечение. Учитывая шеечную имплантацию одного из эмбрионов, кровотечение, в экстренном порядке произведена операция: лапаротомия по Пфаненштилю. Тотальная гистерэктомия без придатков. Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписана на 7-е сутки. Таким образом, ранняя профилактика и диагностика редких форм эктопической (шеечной) беременности играют важную роль в предотвращении серьезных осложнений, представляющих угрозу как для жизни, так и репродуктивной функции.

Ключевые слова: *эктопическая, шеечная беременность, гистерэктомия, ХГЧ, кровотечение, дихориальная диамниотическая беременность.*

Для ссылки*: Бегниязова Ж.С., Галиева Ж.Т., Меирманова А.О., Садуакасова Ш.М., Юлдашева А.И. Сочетание маточной и шеечной беременности (случай из практики) // Журн. Медицина. – 2015. – №4 (154). – С. 47-50*

Проблема внематочной беременности не теряет своей актуальности до настоящего времени в связи с увеличением частоты встречаемости данной опасной для жизни патологии и негативными последствиями для репродуктивного здоровья женщины. Особый интерес в клинической практике представляют собой редкие формы эктопической беременности, при которых диагностика значительно затруднена, а следовательно, возникают сложности со своевременным хирургическим лечением. В статье представлен клинический случай сочетания маточной и шеечной беременности. Несмотря на прогресс в области медицинских технологий, до настоящего времени эктопическая беременность (ЭБ) остается серьезной проблемой в акушерстве и гинекологии. За последние 10 лет отмечается рост частоты ЭБ, что в первую очередь обусловлено увеличением числа воспалительных заболеваний женских половых органов, абортов, применения внутриматочных контрацептивов [1]. ЭБ занимает 3-4-е места среди причин материнской смертности, что составляет 5% [2]. Особую трудность в диагностике ЭБ представляет сочетание маточной и внематочной беременности [3]. По сведениям различных авторов, частота развития сочетанной маточной и ЭБ варьирует от 1 на 100 до 1 на 30 000 беременностей [4]. Как правило, данное сочетание происходит после индукции овуляции, в том числе в циклах экстракорпорального оплодотворения. При этом наступление маточной и внематочной беременности у женщин, которым стимуляция овуляции не проводилась, согласно литературным данным, является крайне редким сочетанием.

Шеечная беременность – редкая форма эктопической беременности, при которой прикрепление и развитие плодного яйца происходят в канале шейки матки. Первым проявлением шеечной беременности нередко служит кровотечение. Оно обычно возникает до 20-й недели беременности, может быть обильным и нередко требует прерывания беременности. Шеечную беременность обычно диагностируют во II триместре. Такая беременность редко заканчивается рождением жизнеспособного плода. Раньше материнская смертность достигала 45%, а единственным методом лечения была экстирпация матки [5].

В отделении гинекологии ГКБ №7 в сентябре 2014 года был зарегистрирован случай сочетания маточной и шеечной беременности.

Пациентка Р., 38 лет, поступила 11.09.2014 года по скорой помощи в экстренном порядке с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Тест ХГЧ (+) положительный.

Из анамнеза: считает себя больной с 05.09.14 г., когда на фоне задержки менструации на 2 месяца появились мажущие кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся на момент поступления. В связи с чем 08.09.14 г. обратилась в ГЦРЧ, где консилиумом врачей УЗДГ было проведено УЗИ органов малого таза. Заключение: Беременность 8-9 недель. Дихориальная, диамниотическая двойня. Шеечная имплантация одного из плодов (рис. 1).

Контакты: Бегниязова Жанара Советжановна, канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1, Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел. + 7 777 244 28 38, e-mail: zhanara71@mail.ru

Contact: Zhanara Sovetzhanovna Begniyazova, Candidate of Medical Science, associate professor of the chair of Obstetrics and Gynaecology No. 1 of the Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty c. Phone + 7 777 244 28 38, e-mail: zhanara71@mail.ru

Рисунок 1 – Шеечная имплантация одного из плодов

11.09.14 г. кровянистые выделения из половых путей усилились, в связи с чем пациентка обращается в МЦ «Рахат». Произведено УЗИ ОМТ: Многоплодная беременность 7-8 недель. Признаки шеечной беременности. Не исключается аборт в ходу.

Соматический анамнез не отягощен.

Репродуктивный анамнез: менархе с 12 лет по 3-4 дня, через 30 дней умеренные, безболезненные. Последняя менструация 29.06.14 г. Половая жизнь с 25 лет, брак первый регистрированный. Первая беременность в 2004 году закончилась срочными родами, вторая и третья в 2005 году – артифициальный аборт в сроке 8-9 недель, четвертая в 2007 году – срочные роды. Данная беременность пятая.

При поступлении общее состояние средней тяжести за счет кровотечения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Язык влажный, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. Пульс 78 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Т 36,6°С. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Уретра, парауретральные ходы, бартолиниевые железы – без особенностей. При осмотре с помощью зеркал: влагалищная часть шейки матки гипертрофирована, бочкообразной формы, синюшная, асимметрия наружного зева. Из цервикального канала кровянистые выделения. При бимануальном исследовании: тело матки увеличено до 10 недель беременности, отклонено кпереди, мягковатой консистенции, малоподвижное, безболезненное.

Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды свободные, безболезненные.

В клиническом анализе крови от 11.09.14 г.: гемоглобин – 108 г/л, эритроциты – $4,62*10^{12}$/л, лейкоц. – 11,7 $*10^{9}$/л, тромб. – $254*10^{12}$/л, Ht – 36,0%.

Коагулограмма: протромбиновое время – 13,4 сек, протромбиновый индекс – 77,2%, АПТВ - 24,6 сек., МНО – 1,17, фибриноген – 2,1 г/л.

Биохимический анализ крови (11.09.14 г.): билирубин – 7,2 мкмоль/л, глюкоза крови – 4,1 ммоль/л. Общий анализ мочи: без особенностей. Мазок на флору: лейкоциты – 12-14 в поле зрения, эпителий – 10-14 в поле зрения, гонококки, трихомонады – не найдены.

Выставлен клинический диагноз: Беременность 9-10 недель. Двойня, шеечная имплантация одного из эмбрионов. Кровотечение.

В экстренном порядке женщине произведена операция: лапаротомия. Тотальная гистерэктомия без придатков. Дренирование брюшной полости.

На операции: матка увеличена до 9-10 недель беременности, мягковатой консистенции, придатки с обеих сторон без особенностей. Произведена тотальная гистерэктомия без придатков. Дренирование брюшной полости. Во время опе-

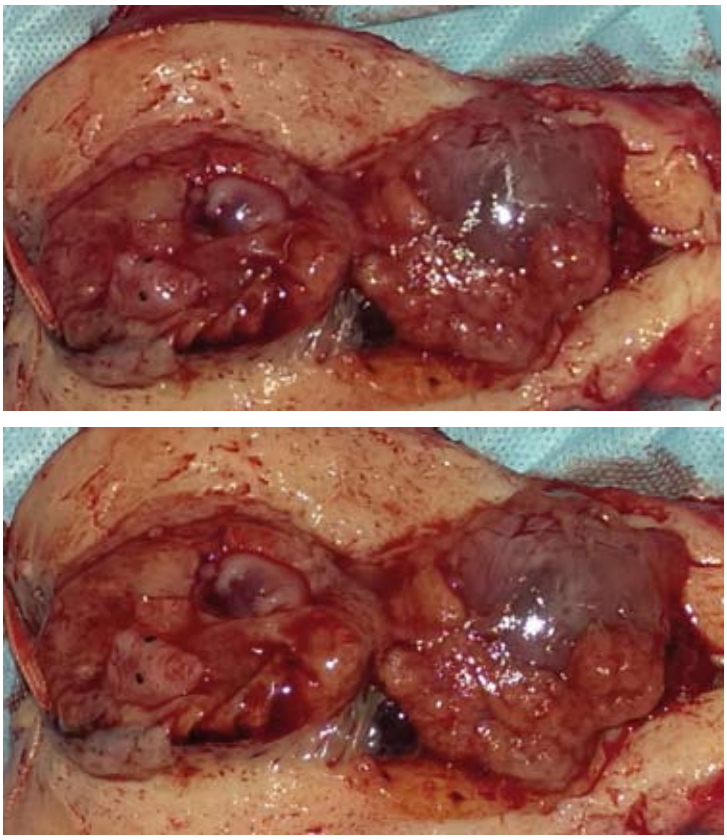

Рисунок 2 – Макропрепарат

рации кровопотеря составила 800 мл. ОАК от 11.09.2014 г. интраоперационно: Нв – 68 г/л, эритр. – 2,64*10^{12}/л, лейкоц. – 9,2*10^{9}/л, тромб. – 175*10^{12}/л, Ht – 20,0%.

Учитывая снижение уровня гемоглобина со 108 г/л до 68 г/л, интраоперационно перелито 2 дозы эритроцитарной массы.

Осмотр макропрепарата (рис. 2): тело матки увеличено до 9-10 недель беременности, дихориальная, диамниотическая двойня. На разрезе в полости матки определяется первое плодное яйцо размером 4×3 см с отрезком пуповины, миометрий волокнистый, серо-розовый. В нижнем маточном сегменте с распространением в полость цервикального канала имплантация второго плодного яйца размером 3,5×3,0 см. Шейка матки бочкообразно утолщена до 3,5 см. Макропрепарат послан на гистологическое исследование.

Диагноз после операции: Многоплодная беременность 9-10 недель. Маточное расположение одного из плодов. Шеечное расположение второго эмбриона. Кровотечение. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени.

Патоморфологическое заключение: Беременная матка. Дихориальная диамниотическая двойня. Очаги серозно-гнойного воспаления в базальной децидуальной пластинке первого плода. Шеечная имплантация второго плодного яйца с глубокой инвазией ворсинчатого хориона в толщу стенки шейки матки. Очаговый серозно-гнойный децидуит второго плодного яйца, очаговые кровоизлияния. Серозно-гнойный цервицит. Ретенционные кисты. Очаговая лейкоплакия шейки матки. Серозный периметрит. Отдельно – элементы плодного яйца с очаговым кровоизлиянием в межворсинчатое пространство.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, антианемическая, общеукрепляющая терапия. Цеф 3 по 2,0+250,0 физ. р-р внутривенно капельно – 5 дней, метрид 100,0×2 раза в день внтривенно – 3 дня, физиологический р-р 250,0 №2 внутривенно капельно – 1 день, новофер по 2,0+250,0 физ. р-р внутривенно капельно №4, нистатин по 1таб.×3 раза в день – 5 дней, церулин 2,0 внутримышечно×2 раза в день – 3 дня, фраксипарин по 0,3 п/к – 4 дня, витамин B_{12} по 1,0 внутримышечно – 4 дня.

Течение послеоперационного периода без осложнений. Выписана на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии.

При анализе данного клинического случая обращает на себя внимание соответствие патогистологического заключения клиническому диагнозу. Таким образом, тактика гистерэктомии, предпринятая по поводу шеечной беременности, была абсолютно правильной. В условиях кровотечения и шеечной имплантации второго плодного яйца с глубокой инвазией ворсинчатого хориона в толщу стенки шейки матки единственно возможный объем операции для спасения жизни больной – это удаление матки. Интенсивная терапия, проведенная в послеоперационном периоде, способствовала благоприятному течению, что позволило больной самостоятельно покинуть стационар на 7-е сутки.

Выводы

В последнее время как в отечественных, так и зарубежных литературных данных встречаются сообщения о наблюдениях редких форм внематочной беременности. Внедрение новых методов диагностики и лечения сочетается с ростом частоты внематочной беременности. Помимо увеличения частоты эктопической беременности проблема привлекает к себе внимание в силу большого удельного веса материнской смертности [7]. Кровотечение при шеечной беременности всегда очень обильно, так как нарушается структура сосудистых сплетений матки – сюда подходит нижняя ветвь маточной артерии, пудендальная артерия. Толщина шейки матки значительно меньше толщины матки в области тела, в результате чего нарушаются сосуды и кровотечение не удается остановить без оперативного вмешательства.

Профилактика внематочной беременности заключается в профилактике абортов, воспалительных заболеваний женских половых органов, лечение инфантилизма, опухолей половых органов.

Таким образом, ранняя профилактика и диагностика редких форм эктопической беременности играют важную роль в предотвращении серьезных осложнений, представляющих угрозу, как для жизни, так и репродуктивной функции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Сазонова Е.О., Дигаева М.А., Гараева Л.Р. Клиническое наблюдение сочетанной маточной и внематочной беременности // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – №4. – С. 60-62

2 Каушинская Л.В. Внематочная беременность: патогенез, клиника, диагностика, отдаленные результаты лечения: автореф. … д-ра мед. наук: 14.00.01. – М., 2010. – 44 с.

3 Гаспаров А.С., Хилькевич Е.Г., Великян О.М. Современные методы диагностики внематочной беременности // Проблемы репродукции. Спец. выпуск: Технологии XXI века в гинекологии. – 2008. – С. 32-3

4 Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Выпуск 2 // под ред. Кулакова В.И. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 560 с.

5 Орлов В.И., Линдс В.А., Дубровина С.О. и др. Консервативное лечение шеечной беременности // Проблемы репродукции. – 2001. – № 2. – С. 39-42

6 Егорова А.Т., Киселева Е.Ю., Жирова Н.В., Базина М.И. и др. Сочетание маточной и шеечной беременности // Акушерство и гинекология. – 2014. – №12 – С. 105-108

7 Копобаева И.Л., Остер Н., Шаламбаева Р.Х., Турдыбекова Я.Г., Кусаинова О.Р. Случай из практики: Интерстициальная внематочная беременность // Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. – 2013. – №1, 2, 3. – С. 346-348

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Ж.С. БЕГНИЯЗОВА, Ж.Т. ҒАЛИЕВА, А.О. МЕЙІРМАНОВА, Ш.М. СӘДУАҚАСОВА, А.И. ЮЛДАШЕВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қ.

ТӘЖІРИБЕДЕН АЛЫНҒАН ЖАҒДАЙ: ЖАТЫР МЕН ЖАТЫР МОЙНЫ ЖҮКТІЛІКТІҢ БІРГЕ КЕЗДЕСУІ

Соңғы кездері жатырдан тыс жүктіліктің сирек кездесетін түрлері туралы мәліметтер отандық, сонымен қатар шетелдік әдебиеттерде де кездеседі. Диагностика мен емдеудің жаңа әдістерін енгізу жатырдан тыс жүктіліктің жиілігінің жоғарылауына байланысты болып отыр. Мақалада жатыр мен жатыр мойны жүктілігінің бірлесіп кездесуі туралы клиникалық жағдай көрсетілген.Науқас Р., 38 жаста, гинекология бөлімшесіне жедел түрде келесі диагнозбен келіп түсті: Жүктіліктің 9-10 аптасы. Егіз жүктілік,бір эмбрионның жатыр мойнына бекуі. Қан кету. Бір эмбрионның жатыр мойнына бекуі мен қан кетуді ескере отырып жедел түрде ота жасалды: Пфаненштиль бойынша лапаротомия. Қосалқыларынсыз тотальды гистерэктомия. Отадан кейінгі кезең ерекшеліксіз өтті. Науқас 7-і тәулікте ауруханадан шығарылды. Сонымен эктопиялық (жатыр мойны) жүктіліктің сирек түрлерінің ерте алдын алу мен диагностикасы өмір мен репродуктивті жүйеге қауіп төндіретін ауыр асқынулардың алдын алуда маңызы зор болып табылады.

Негізгі сөздер: *эктопиялық, жатыр мойны жүктілігі, гистерэктомия, АХГ, қан кету, дихориальды диамниотикалық жүктілік.*

S U M M A R Y

Zh.S. BEGNIYAZOVA, Zh.T. GALIYEVA, A.O. MEIRMANOVA, Sh.M. SADUAKASOVA, A.I. YULDASHEVA

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

COMBINATION OF UTERINE PREGNANCY AND CERVICAL PREGNANCY (PRACTICAL EXAMPLE)

In recent times, both in national and foreign literature data, the announcements of observation of rare forms of extrauterine pregnancy have been mentioned. Implementation of new methods of the diagnostics and treatment combines with the increasing frequency of extrauterine pregnancy. In the article a clinical case of combination of uterine pregnancy and cervical pregnancy is presented. Patient R., 38 years old, was hospitalized in an expedited manner to the gynecology department with diagnosis: Pregnancy 9-10 weeks. Twins, cervical implantation of one of the fetus. Bleeding. Taking into account cervical implantation of one of the fetus, bleeding, a surgery was carried out in an expedited manner: Pfannenstiel's incision. Complete hysterectomy without adnexas. Postoperative period proceeded within normal limits. The patient was discharged on the 7th day. Therefore, early prevention and diagnostics of rare forms of ectopic (cervical) pregnancy play an important role in prevention of major complications, constituting threat both for life and reproductive function.

Key words: *ectopic, cervical pregnancy, hysterectomy, HCG, bleeding, dichorionic-diamniotic pregnancy.*

Статья поступила в редакцию 09.04.2015 г.